

Item 84 (item 271) : Pathologie des paupières

Collège des Ophtalmologistes Universitaires de France (COUF)

2013

Table des matières

1. Anatomie.....	3
2. Pathologies.....	4
3. Autres pathologies palpébrales.....	5
3.1. Malformations palpébrales.....	5
3.2. Tumeurs palpébrales.....	6
3.3. Traumatismes des paupières.....	8

Objectifs ENC

- Diagnostiquer et traiter un orgelet, un chalazion.
- Repérer une tumeur maligne de la paupière.

Objectifs spécifiques

- Reconnaître un chalazion et le traiter.
- Reconnaître un orgelet et le traiter.
- Reconnaître un ectropion et connaître ses complications.
- Reconnaître un entropion et connaître ses complications.
- Connaître les principales étiologies d'un ptosis.
- Savoir examiner un patient porteur d'un traumatisme palpébral.
- Savoir dépister un carcinome palpébral.

1. Anatomie

Les paupières, supérieure et inférieure, ont pour rôle essentiel de protéger le globe oculaire. Elles sont composées :

- d'un plan **antérieur cutanéomusculaire**
- et d'un plan **postérieur tarsoconjonctival** : le **tarse**, élément fibreux contenant les glandes de Meibomius dont les sécrétions lipidiques participent au film lacrymal, assure la rigidité des paupières, surtout au niveau de la paupière supérieure ; la **conjonctive** y est intimement liée (conjonctive palpébrale), elle se réfléchit au niveau des culs-de-sac conjonctivaux pour tapisser ensuite le globe oculaire (conjonctive bulbaire).

Les paupières circonscrivent, entre leurs bords libres, la fente palpébrale limitée en dedans et en dehors par les canthus interne et externe.

Le bord libre est une zone de transition entre la peau et la conjonctive : sur sa partie antérieure sont implantés les cils orientés vers l'avant, sur sa partie postérieure se situent les orifices des glandes de Meibomius.

La **glande lacrymale principale**, d'innervation parasymphatique et située dans l'angle supéro-externe de l'orbite, sécrète les larmes. Le clignement palpébral supérieur assure l'étalement du film lacrymal sur toute la cornée et évite son assèchement.

Les larmes s'éliminent ensuite soit par évaporation soit par drainage vers le nez par les **voies lacrymales excrétrices** : les deux points lacrymaux, inférieur et supérieur, sont visibles sur les bords libres au voisinage du canthus interne.

Une insuffisance de sécrétion peut entraîner un syndrome sec oculaire ; à l'inverse, lorsque les capacités d'excrétion sont insuffisantes ou débordées apparaît un larmoiement.

La fermeture palpébrale est assurée par le muscle orbiculaire des paupières innervé par le VII (nerf facial).

L'ouverture des paupières est liée au muscle releveur de la paupière supérieure, innervé par le III (moteur oculaire commun).

Figure 1 : Paupières et conjonctive

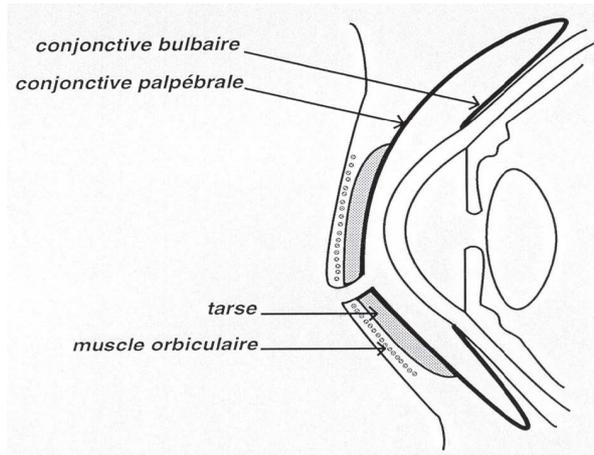
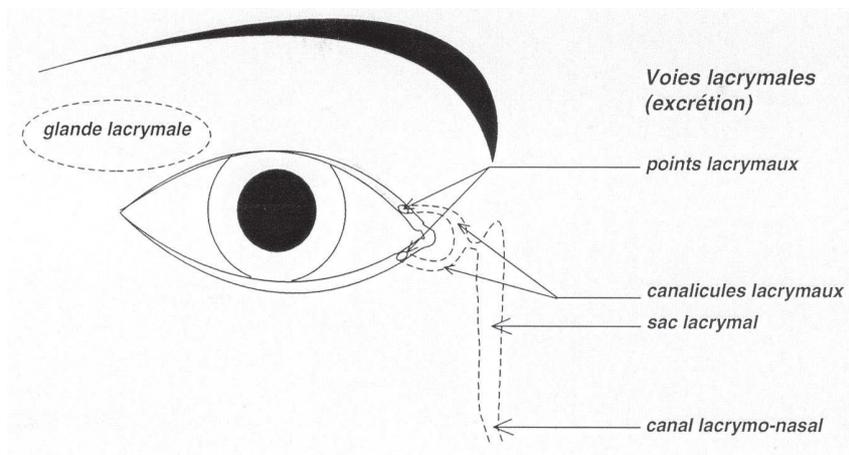


Figure 2 : Glande et voies lacrymales



2. Pathologies

1. Orgelet

C'est un furoncle du bord libre de la paupière centré sur follicule pilo-sébacé du cil.

Il correspond à une infection bactérienne, le plus souvent à *Staphylococcus Aureus*, du follicule pilo-sébacé. Il se développe en quelques jours, et peut entraîner une douleur vive. Il se présente cliniquement sous la forme d'une tuméfaction rouge centrée par un point blanc au niveau du bord libre. Il n'y a pas toujours de sécrétions au début. Le traitement consiste en un collyre ou pommade antibiotique pendant 8 jours. Dans les cas résistant au traitement ou dans les formes enkystées, l'incision au niveau du bord libre peut être nécessaire. Elle se pratique sous anesthésie locale en consultation externe.

2. Chalazion

C'est un granulome inflammatoire développé sur une glande de Meibomius engorgée au sein du tarse, par occlusion de l'orifice de la glande au niveau de la partie postérieure du bord libre.

La plupart du temps, il n'y a pas d'infection, et les sécrétions contenues dans le chalazion sont purement sébacées. Il peut se présenter cliniquement comme une tuméfaction douloureuse de la paupière, sans communication avec le bord libre. Selon les cas, la tuméfaction est davantage visible sur le versant cutané ou sur le versant conjonctival de la paupière.

Il peut évoluer sur une durée plus longue que l'orgelet, jusqu'à plusieurs semaines.

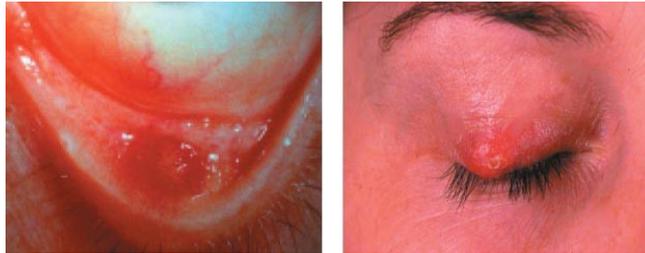
Le traitement de première intention est l'application d'une pommade corticoïde locale (Sterdex®) associé à des soins de paupières : après humidification à l'eau chaude, on explique au patient d'effectuer des

massages des paupières avec le doigt, depuis le rebord orbitaire vers le bord libre, afin de promouvoir l'expulsion du contenu du chalazion par les orifices des glandes de Meibomius situés sur le bord libre.

Si ce traitement n'est pas efficace et si le chalazion évolue vers l'enkystement, il est parfois nécessaire de pratiquer une incision de la glande de Meibomius sous anesthésie locale. Celle-ci se pratique le plus souvent par voie conjonctivale, à l'aide d'une pince à chalazion. Il est ensuite facile, avec un bistouri, d'inciser le chalazion pour exprimer le sébum.

La glande est laissée sans suture, et un collyre antiseptique est prescrit pendant 8 jours. La complication la plus fréquente est un saignement peu abondant qui cède habituellement en quelques minutes par compression simple.

Figure 3 : Chalazion



Cliché de gauche : vue interne, cliché de droite : vue externe.

3. Autres pathologies palpébrales

3.1. Malformations palpébrales

1. Entropion

L'entropion ou bascule de la paupière vers la conjonctive, qui peut se compliquer de *trichiasis* (frottement des cils sur la cornée). Il peut être lié à un relâchement des tissus cutanés (*entropion sénile*), ou une rétraction des tissus conjonctivaux (*entropion cicatriciel*), lié par exemple à un syndrome de Stevens-Johnson.

L'entropion peut entraîner un oeil rouge et douloureux chronique.

2. Ectropion

L'ectropion ou bascule de la paupière vers l'extérieur. Il peut être lié à un relâchement des tissus cutanés (*ectropion sénile*), une rétraction des tissus cutanés suite à une plaie de paupière par exemple (*ectropion cicatriciel*), ou un relâchement musculaire (*ectropion paralytique, associé à une paralysie faciale*).

Il peut entraîner une exposition cornéenne, et un larmoiement par bascule du point lacrymal inférieur qui ne recueille alors plus les larmes, et par conséquent un oeil rouge et douloureux chronique.

3. Ptosis

Défini par une position trop basse du bord libre de la paupière supérieure. Il peut être :

- neurogène (paralysie du III), ou syndrome de Claude-Bernard Horner (association ptosis-myosis-enophtalmie, faisant évoquer une lésion du sympathique cervical).
- myogène (myasténie, ptosis congénital),
- sénile (par relâchement de l'aponévrose du releveur),
- traumatique (par rupture de l'aponévrose du releveur).

4. Lagophtalmie

L'agophtalmie, ou inoclusion palpébrale. Elle entraîne une kératite d'exposition. Les causes les plus fréquentes sont l'anesthésie générale ou le coma prolongés, et la paralysie faciale.

La survenue d'une paralysie d'un ptosis de façon aiguë doit faire rechercher une paralysie du III ou du sympathique cervical associé à une lésion vasculaire (rupture d'anévrisme ou dissection carotidienne).

Figure 4 : Entropion sénile



Bascule de la paupière inférieure vers le globe oculaire, entraînant un frottement des cils sur la conjonctive et la cornée.

Figure 5 : Ectropion sénile



Figure 6 : Ptosis congénital unilatéral



3.2. Tumeurs palpébrales

Les tumeurs palpébrales sont fréquentes, en particulier chez le sujet âgé.

Figure 7 : Épithélioma basocellulaire



Figure 8 : Épithélioma baso-cellulaire du canthus interne



Figure 9 : Carcinome épidermoïde (épithélioma spino-cellulaire)



1. Tumeurs bénignes

Les tumeurs bénignes les plus fréquentes sont le papillome et l'hydrocystome (kyste lacrymal), et les Xanthélasmas (dépôts de cholestérol)

Leur traitement chirurgical doit être le plus conservateur possible, ménageant en particulier le tarse et la bordure ciliaire.

2. Tumeurs malignes

→ Tumeurs épithéliales

Les tumeurs malignes les plus fréquentes des paupières sont des tumeurs épithéliales, en particulier le carcinome basocellulaire. Celui-ci se présente typiquement sous la forme d'un nodule perlé avec des télangiectasies, parfois avec un ulcère central. La perte de cils et le caractère perlé doit faire suspecter une malignité. Non traité, le carcinome basocellulaire s'étend et envahi progressivement les structures avoisinantes, et peut menacer notamment le globe oculaire chez les patients qui se négligent. En revanche, le risque de dissémination à distance est pratiquement nul.

La prise en charge chirurgicale doit être carcinologiquement satisfaisante, notamment avec :

- des marges d'exérèse suffisantes (4 mm selon les recommandations 2004 de l'ANAES),
- un contrôle ex-temporane des berges
- un geste de reconstruction qui dépend de l'importance de la perte de substance.

Le Carcinome épidermoïde est moins fréquent, mais prolifère beaucoup plus rapidement que le carcinome basocellulaire, et peut métastaser à distance. Il convient d'en effectuer l'exérèse rapidement et de considérer un traitement complémentaire (radiothérapie).

→ Tumeurs mélaniques

Le mélanome malin doit être suspecté à chaque fois qu'existe une tuméfaction pigmentée ou non des paupières. Lorsque le diagnostic histologique est confirmé, il faut effectuer une exérèse carcinologiquement satisfaisante, et un bilan d'extension comprenant en particulier une échographie hépatique.

Le pronostic peut être effroyable, en fonction notamment de l'épaisseur initiale (indice de Brestlow).

→ Autres tumeurs malignes

Parmi les tumeurs malignes les plus fréquentes des paupières, on peut citer :

- les carcinomes sébacés, au fort pouvoir infiltrant localement,
- les lymphomes de MALT (prolifération de cellules lymphomateuses issues du tissu lymphoïde associé aux muqueuses -MALT-), tumeurs de bas grade.

Pour toutes les tumeurs malignes palpébrales découvertes, un avis en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) doit être demandé. Celui-ci devra statuer sur la conduite à tenir, de la simple surveillance (carcinome basocellulaire enlevé en totalité) à la radio-chimiothérapie (mélanome malin métastasé).

3.3. Traumatismes des paupières

Les plaies des paupières sont fréquentes, en particulier chez l'enfant. Au moment de la prise en charge, il faut savoir vérifier :

- si le septum orbitaire (membrane qui ferme l'orbite en avant) est atteint : si c'est le cas, il faut explorer l'orbite radiologiquement et/ou chirurgicalement
- si le globe oculaire est intact : une plaie de paupière est une plaie du globe jusqu'à preuve du contraire
- si les canalicules lacrymaux sont arrachés (cas fréquent des morsures de chien au visage des enfants) : si c'est le cas, il faut les réparer sous anesthésie générale en urgence.

Points essentiels

- Il faut bien différencier orgelet (de cause infectieuse) et chalazion (de cause inflammatoire).
- L'entropion est le plus souvent d'origine sénile (« entropion spasmodique ») ; l'ectropion peut également être secondaire à une paralysie du VII.
- Le ptosis est une affection souvent congénitale ; devant un ptosis acquis d'apparition brutale, toujours penser à une paralysie du III secondaire à un anévrysme intracrânien +++.
- Devant une plaie palpébrale même d'allure banale, toujours penser à rechercher des lésions associées : globe oculaire, muscle releveur de la paupière supérieure, voies lacrymales.